

근로연계 복지 제재 중단 요청

고객 안내사항: 귀하의 가족은 근로연계 복지 제재 때문에 삭감된 현금 보조금을 지급받고 있습니다. 제재를 중단시키려면, 본 양식을 작성하여 근로연계 복지 담당자에게 즉시 발송하십시오.

본 양식을 작성하여 근로연계 복지 담당자에게 우편으로 발송하는 대신, 담당자에게 전화하여 귀하에 대한 제재를 중단해달라고 요청할 수 있습니다. 담당자의 주소나 전화번호를 모르시는 경우에는, 다음 번호로 카운티에 전화하십시오: _____ .

근로연계 복지 제재 중단 요청

본인에 대한 제재를 중단시키려면, 근로연계 복지 규정 충족을 위해 카운티가 요구하는 사항을 이행하기로 동의해야 합니다. 이것은 계획에 서명한 날로부터 30일 또는 활동 기간 중 짧은 기간에 해당하는 기간 동안 “근로연계 복지 제재 중단 계획”에서 할당된 활동을 이행해야 한다는 것을 의미합니다.

본인에 대한 제재를 중단시키려면, 본인은 카운티가 본인의 처벌에 이르게 된 해당 활동의 기간 동안 활동을 요청할 수 없다는 것을 알고 있습니다.

본인은 또한 카운티가 과거에 수행하도록 요청했던 활동이 더 이상 이용가능하지 않거나 본인에게 적합하지 않은 경우, 본인에 대한 제재를 중단시키기 위해 다른 활동을 해야 한다는 것을 알고 있습니다.

성명 (정서해 주십시오):	서명:
사건 번호 또는 사회보장 번호:	전화 번호: ()
날짜:	
근로연계 복지 담당자 명	

무료 법률 지원이 필요하십니까?

귀하는 이 문제와 관련하여 다음과 같은 기관으로부터 무료 법률 지원을 받을 수 있습니다:	지역 법률 지원 사무소:
전화 번호: ()	전화 번호: ()